

0.a. Objectif

Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

0.b. Cible

Cible 3.a : Renforcer dans tous les pays, selon ce qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac

0.c. Indicateur

Indicateur 3.a.1 : Prévalence normalisée selon l'âge de la consommation actuelle de tabac chez les personnes âgées de 15 ans ou plus

0.d. Série

Sans objet

0.e. Mise à jour des métadonnées

2021-12-06

0.f. Indicateurs connexes

Indicateur 3.4.1 : Taux de mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux maladies respiratoires chroniques

0.g. Organisation(s) internationale(s) responsable(s) de la surveillance mondiale

Organisation mondiale de la Santé; Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (co-gardiens)

1.a. Organisation

Organisation mondiale de la Santé; Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (co-gardiens)

2.a. Définition et concepts

Définition :

L'indicateur est défini comme le pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui utilise actuellement un produit du tabac (tabac fumé et / ou sans fumée) quotidiennement ou non.

Concepts :

L'usage du tabac signifie l'utilisation de produits du tabac fumés et / ou sans fumée. « Utilisation actuelle » signifie l'utilisation au cours des 30 jours précédant l'enquête, que l'utilisation soit quotidienne ou non.

Les produits du tabac sont les produits entièrement ou partiellement fabriqués à partir de tabac en feuilles comme matière première destinée à la consommation humaine que ce soit pour le fumer, par la succion, la mastication ou l'inhalation.

« Les produits du tabac fumés » comprennent les cigarettes, les cigarillos, les cigares, les cheroots, les bidis, les pipes, les chicha (pipes à eau), le tabac à rouler, le kretek, les produits du tabac chauffés et toute autre forme de tabac consommée en fumant .

« Les produits du tabac sans fumée » comprennent le tabac à priser humide, le tabac à priser crémeux, le tabac à priser sec, le bouchon, les dissolvables, le gul, les feuilles mobiles, la poudre dentaire rouge, le snus, le chimo, le gutkha, le khaini, le gudakhu, le zarda, le quiwam, le dohra , tuibur, nasway, naas, naswar, shammah, toombak, paan (chique de bétel avec du tabac), iqmik, mishri, tapkeer, tombol et tout autre produit du tabac consommé en l'inhalant, en le tenant dans sa bouche ou en le mâchant.

Les estimations de prévalence ont été « normalisées selon l'âge » pour les rendre comparables dans tous les pays, quel que soit le profil démographique du pays. Cela se fait en appliquant les taux de prévalence spécifiques à l'âge et au sexe de chaque pays à la population standard de l'OMS. Les taux qui en résultent sont des nombres hypothétiques qui ne sont significatifs que lorsque l'on compare les taux obtenus pour un pays avec ceux obtenus pour un autre pays.

2.b. Unité de mesure

Proportion (pourcentage)

2.c. Classifications

Les « produits du tabac » sont définis à l'article 1 (f) de la CCLAT de l'OMS, consulter https://www.who.int/fctc/text_download/fr/. Les produits du tabac chauffés sont classés comme produits du tabac dans la décision FCTC/COP8(22), consulter [https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8\(22\)_FR.pdf](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8(22)_FR.pdf)

La population standard de l'OMS est utilisée pour la normalisation en fonction de l'âge, consulter ([en anglais](https://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf)) <https://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>

Les données des « World Population Prospects » (population âgée de 15 ans ou plus par pays) sont utilisées au dénominateur de l'indicateur, consulter ([en anglais](https://population.un.org/wpp/)) <https://population.un.org/wpp/>

3.a. Sources de données

Taux de prévalence selon l'âge et le sexe des enquêtes nationales représentatives auprès de la population menées depuis 1990 :

- officiellement reconnues par les autorités sanitaires nationales;

- avec des participants choisis au hasard, représentatifs de la population générale; et
- déclarant au moins un indicateur mesurant l'usage actuel du tabac, l'usage quotidien du tabac, le tabagisme actuel, le tabagisme quotidien, la cigarette actuelle ou la cigarette quotidienne.

Les rapports officiels de l'enquête sont recueillis auprès des États membres à l'aide d'une ou plusieurs des méthodes suivantes :

- système de déclaration de la Convention-cadre de la lutte antitabac de l'OMS;
- examen des enquêtes menées sous l'égide du Système mondial de surveillance du tabac;
- examen d'autres enquêtes menées en collaboration avec l'OMS, telles que des enquêtes « STEPwise » et des enquêtes mondiales sur la santé;
- numérisation de bases de données internationales de surveillance telles que celles de l'Enquête démographique et de santé (DHS), de l'Enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS) et de l'Enquête sur la mesure du niveau de vie de la Banque mondiale (LSMS); et
- identification et examen des enquêtes par pays qui ne font pas partie des systèmes internationaux de surveillance.

3.b. Méthode de collecte des données

Les rapports téléchargés à partir de sites Web, soumis par le biais de la plateforme de déclaration de l'OMS pour la CCLAT ou envoyés par courriel par des homologues nationaux. L'OMS partage et rend publiques les méthodologies de ses estimations par le biais du Rapport mondial sur les tendances de l'usage du tabac 2000-2025 de l'OMS et du Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme de l'OMS. Les estimations de l'OMS font l'objet d'une consultation dans les pays avant leur publication.

3.c. Calendrier de collecte des données

Collecte continue de données.

3.d. Calendrier de diffusion des données

Diffusion biennale par l'intermédiaire du Rapport mondial sur les tendances du tabagisme 2000-2025 de l'OMS, de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS et du Rapport de progrès mondial sur la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS.

3.e. Fournisseurs de données

États membres de l'OMS, Parties de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS.

3.f. Compilateurs des données

L'initiative pour un monde sans tabac de l'OMS, le Secrétariat de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS et le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac.

3.g. Mandat institutionnel

La Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS (CCLAT) a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé le 21 mai 2003 (résolution 56.1) et est entrée en vigueur le 27 février 2005. En 2010, la Conférence des Parties a adopté la décision CCLAT/COP4(16), qui demande au Secrétariat de la Convention, en coopération avec les autorités compétentes de l'OMS, en particulier l'Initiative pour un monde sans tabac, de normaliser davantage les définitions et les indicateurs et de faciliter l'examen régulier des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Convention. Consulter https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4_DIV6-fr.pdf

4.a. Justification

L'usage du tabac est un facteur majeur de maladie et de décès dus aux maladies non transmissibles (MNT). Il n'y a pas de niveau sûr prouvé pour le tabagisme ou l'exposition à la fumée secondaire. Tous les utilisateurs quotidiens et non quotidiens de tabac sont exposés à divers problèmes de santé tout au long de leur vie, y compris les MNT. La réduction de la prévalence de l'usage actuel du tabac contribuera largement à réduire la mortalité prématurée due aux MNT (objectif 3.4). Un suivi systématique et régulier de cet indicateur est nécessaire pour permettre un suivi et une évaluation précis de l'impact de la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS (FCTC) ou des politiques de lutte antitabac dans les pays qui ne sont pas encore des parties de la Convention-cadre de l'OMS, au fil du temps. Les niveaux de prévalence du tabagisme sont un indicateur approprié de la mise en œuvre de l'objectif 3.a des ODD « Renforcer dans tous les pays, selon ce qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac ».

4.b. Commentaires et limites

Les données brutes recueillies au moyen d'enquêtes représentatives de la population dans les pays sont utilisées pour calculer des estimations comparables pour cet indicateur. Les informations provenant d'enquêtes infranationales ne sont pas utilisées.

Dans certains pays, tous les usages du tabac et le tabagisme peuvent être équivalents, mais dans de nombreux pays où d'autres formes de tabac sont également consommées, les taux de tabagisme seront inférieurs aux taux d'usage du tabac dans une certaine mesure.

La comparabilité, la qualité et la fréquence des enquêtes auprès des ménages influent sur l'exactitude et la qualité des estimations. La non-comparabilité des données peut résulter de l'utilisation de différents instruments d'enquête, méthodes d'échantillonnage et d'analyse, et de définitions d'indicateurs entre les États membres. Les enquêtes peuvent couvrir une variété de plages d'âge (pas toujours 15 ans ou plus) et être répétées à intervalles irréguliers. Les enquêtes peuvent inclure une variété de produits du tabac différents, ou parfois un seul produit comme les cigarettes, en fonction de la perception du pays au sujet des produits importants à surveiller. À moins que les produits fumés et sans fumée ne soient surveillés simultanément, la prévalence du tabagisme sera sous-déclarée. Les pays ont commencé à surveiller l'utilisation des cigarettes électroniques et d'autres produits émergents, ce qui pourrait confondre les définitions de l'usage du tabac par les pays. La définition de l'utilisation actuelle peut ne pas toujours être limitée aux 30 jours précédant l'enquête. En outre, les enquêtes demandent aux gens de déclarer eux-même leur consommation de tabac, ce qui peut conduire à une sous-déclaration de l'usage du tabac.

Il n'existe pas de protocole standard utilisé dans tous les États membres pour poser des questions aux gens sur leur consommation de tabac. Les questions sur le tabac pour les enquêtes (Tobacco Questions for Surveys TQS) de l'OMS ont été adoptées dans de nombreuses enquêtes, ce qui contribue à améliorer la comparabilité des indicateurs entre les pays.

4.c. Méthode de calcul

Un modèle statistique basé sur une méta-régression binomiale négative bayésienne est utilisé pour modéliser la prévalence de l'usage actuel du tabac dans chaque pays, séparément pour les hommes et les femmes. Une description complète de la méthode est disponible sous la forme d'un article évalué par des pairs dans *The Lancet*, volume 385, no 9972, p966–976 (2015). Une fois que les taux de prévalence propres à l'âge et au sexe des enquêtes nationales sont compilés dans un ensemble de données, le modèle est apte à calculer les estimations des tendances de l'an 2000 à 2030. Le modèle a deux composantes principales : a) s'adapter aux indicateurs manquants et aux groupes d'âge, et (b) générer une estimation des tendances au fil du temps ainsi que l'intervalle de confiance de 95 % autour de l'estimation. Selon l'intégralité et l'exhaustivité des données de l'enquête d'un pays particulier, le modèle utilise parfois les données d'autres pays pour combler les lacunes en matière d'information. Pour combler les lacunes en matière de données, l'information est « empruntée » aux pays de la même sous-région des Nations Unies.

Les tendances qui en résultent sont utilisées pour obtenir des estimations pendant une seule année, de sorte qu'un certain nombre d'entre elles peuvent être déclarées même si le pays n'a pas mené d'enquête cette année-là. Afin de rendre les résultats comparables d'un pays à l'autre, les taux de prévalence sont normalisés par âge avec la population standard de l'OMS.

Les estimations pour les pays ayant des enquêtes irrégulières ou de nombreuses lacunes en matière de données auront de grandes plages d'incertitude, et ces résultats devraient être interprétés avec prudence.

4.d. Validation

Les résultats de la modélisation décrite dans la *Méthode de calcul* sont comparés aux données d'entrée pour assurer un bon ajustement du modèle. Les résultats et les données d'entrée sont partagés avec les pays par l'intermédiaire du point focal de lutte antitabac pour une consultation avant la publication dans les rapports biennaux *Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de l'usage du tabac 2000-2025* et *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme*. Au cours de la consultation par pays, des données supplémentaires sont parfois mises à la disposition de l'OMS par le pays aux fins de la modélisation de l'indicateur 3.a.1.

4.e. Ajustements

À l'exception des ajustements effectués au cours de la modélisation, décrits dans la *Méthode de calcul*, aucun autre ajustement n'est effectué.

4.f. Traitement des valeurs manquantes (i) au niveau national et (ii) au niveau régional

□ Au niveau national :

Pour les pays ayant réalisé moins de deux enquêtes nationales au cours d'années différentes depuis 1990, aucune estimation n'est calculée, car aucune tendance ne peut être déterminée. Pour les pays dont les données proviennent de deux enquêtes nationales ou plus, les lacunes en matière de données, le cas échéant, sont comblées comme décrit dans la *Méthode de calcul*.

□ Aux niveaux régional et mondial :

Les pays où aucune estimation ne peut être calculée sont inclus dans les moyennes régionales et mondiales en supposant que leurs taux de prévalence pour les hommes et les femmes sont égaux aux taux moyens pour les hommes et les femmes observés dans la sous-région des Nations Unies dans laquelle ils sont situés. Lorsque moins de 50 % de la population d'une sous-région a été enquêtée, les sous-régions sont regroupées avec les sous-régions voisines jusqu'à ce qu'au moins 50 % de la population regroupée ait fourni des données pour les taux moyens de la région.

4.g. Agrégations régionales

Les taux de prévalence moyens pour les régions sont calculés en pondérant avec la taille de la population les taux de prévalence par âge dans les pays, puis en normalisant selon l'âge les taux moyens par âge de la région.

4.h. Méthodes et instructions à la disposition des pays pour la compilation des données au niveau national

Les pays utilisent divers protocoles d'enquête basés sur la population pour surveiller le tabagisme au niveau national. Voici des exemples de protocoles appuyés à l'échelle internationale : Questions sur le tabac pour les enquêtes ((en anglais) <https://www.gtssacademy.org/survey-tools/tqs/>); l'Enquête mondiale sur le tabac chez les adultes ((en anglais) <https://www.gtssacademy.org/survey-tools/gats/>); l'enquête STEPS de l'OMS ((en anglais) <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>); l'Enquête sur la santé dans le monde ((en anglais) <https://www.who.int/data/data-collection-tools/world-health-survey-plus>); l'enquête en grappes à indicateurs multiples ((en anglais) <https://mics.unicef.org/tools>); et l'Enquête démographique et de santé ((en anglais) <https://www.dhsprogram.com/Methodology/index.cfm>). L'échantillonnage pour la représentativité nationale est l'apanage des bureaux nationaux de statistique. Les données d'enquête soumises tous les deux ans par les Parties de la CCLAT aux Secrétariat de la CCLAT par l'intermédiaire de l'instrument de notification (<https://fctc.who.int/fr/who-fctc/reporting/reporting-instrument>) sont partagées avec l'OMS. Des données supplémentaires sont obtenues par l'OMS en contactant les points focaux du secteur du tabac auprès des ministères de la santé ou en effectuant des recherches dans le domaine public.

4.i. Gestion de la qualité

Autorisation des méthodes et publications statistiques par l'intermédiaire de la Division des données, de l'analyse et de la mise en œuvre pour l'impact de l'OMS. Le respect des directives « GATHER » ((en anglais) <http://gather-statement.org/>) est requis pour l'autorisation. Les données, les estimations et les métadonnées sont publiées par l'intermédiaire de l'Observatoire mondial de la Santé.

4.j. Assurance de la qualité

Les données d'enquête déclarées par les États membres de l'OMS et par les Parties de la CCLAT de l'OMS sont vérifiées par rapport aux rapports publiés et pour en vérifier la cohérence interne. Les résultats de la modélisation, ainsi que les données d'entrée, sont partagés avec les experts de la surveillance du tabac et des politiques dans les régions de l'OMS avant d'être partagés avec les points

focaux du tabac au sein des ministères de la santé. Le centre collaborateur compétent de l'OMS examine également les résultats avant leur publication.

5. Disponibilité des données et désagrégation

Disponibilité des données :

La disponibilité dépend du calendrier de publication des résultats de l'enquête démographique représentative à l'échelle nationale de chaque pays. L'OMS calcule des estimations tous les deux ans.

Séries chronologiques :

L'indicateur est calculé pour tous les pays de 2000 à l'année en cours. Lorsque l'année en cours est postérieure à l'année d'enquête nationale la plus récente, les projections sont faites selon la *Méthode de calcul* décrite ci-dessus.

Désagrégation :

Sexe

6. Comparabilité / Dérogation des normes internationales

Sources des divergences :

Les estimations de l'OMS diffèrent des estimations nationales en ce qu'elles sont i) normalisées selon l'âge pour améliorer la comparabilité internationale et ii) calculées selon une méthode standard pour tous les pays. Les enquêtes peu fréquentes ou l'indisponibilité d'enquêtes récentes conduisent à une plus grande dépendance à la modélisation. À mesure que l'ensemble de données pour chaque pays s'améliore avec le temps avec l'ajout de nouvelles enquêtes, les estimations récentes peuvent sembler incompatibles avec les estimations antérieures. Les estimations de l'OMS font l'objet d'une consultation dans les pays avant d'être publiées.

7. Références et documentation

(Toutes les références sont en anglais)

URL :

<http://www.who.int/gho/en/>

<http://apps.who.int/fctc/implementation/database/>

Remarques :

¹ Pour une liste des pays par région de l'ONU, veuillez consulter les « World Population Prospects », publiée par le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies. Aux fins de l'analyse de l'usage du tabac, les ajustements suivants ont été apportés : i) la sous-région de l'Afrique de l'Est a été divisée en deux régions : les îles d'Afrique de l'Est et le reste de l'Afrique de l'Est; ii) L'Arménie, l'Azerbaïdjan, l'Estonie, la Géorgie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, la Lettonie, la Lituanie, le Tadjikistan, l'Ouzbékistan et le Turkménistan ont été classés dans la catégorie Europe de l'Est; iii) Chypre, Israël et la Turquie ont été classés dans la catégorie Europe du Sud; et iv) les sous-régions de Mélanésie, de Micronésie et de Polynésie ont été regroupées en une seule sous-région.

